

УДК 616.366-089.87

*В.С. Петров, А.В. Тобохов, В.Н. Николаев*

## ОСОБЕННОСТИ И ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Острый холецистит вносит свои коррективы и особенности в технику лапароскопической холецистэктомии и по-прежнему остается одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии [1, 3]. Выраженная инфильтрация и повышенная кровоточивость тканей, неадекватная визуализация и плохая дифференциация структур, которые отмечаются при операции у больных с острым холециститом, существенно повышают риск хирургического вмешательства и диктуют необходимость разработки ряда технических приемов, способствующих успешному и безопасному выполнению лапароскопической операции при остром холецистите.

*Ключевые слова:* желчнокаменная болезнь, холецистит, лапароскопия, техника операции на желчевыводящих протоках и желчном пузыре.

*V.S. Petrov, A.V. Tobokhov, V.N. Nikolaev*

### Features and technical aspects of laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis

Acute cholecystitis makes its adjustments and features in the technique of laparoscopic cholecystectomy and still remains one of the urgent problems of abdominal surgery [1, 3]. Severe infiltration and increased bleeding of tissues, inadequate visualization and poor differentiation of the structures that were observed during surgery in patients with acute cholecystitis there was a significant increase of surgical intervention risk and it dictated the need for development of several techniques that contribute to successful and safety implementation of laparoscopic surgery for acute cholecystitis.

*Keywords:* cholelithiasis, cholecystitis, laparoscopy, surgical technique on the biliary ducts and gall bladder.

**Материалы и методы исследования.** В работе приведены результаты анализа 2778 случаев хирургического лечения желчнокаменной болезни по материалам Национального центра медицины Республики Саха (Якутия). Средний возраст пациентов составил 49,2 года. Среди

---

*ПЕТРОВ Валерий Сергеевич* – к.м.н., врач консультант ГАУ РС (Я) «Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины». 677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе, 4. Тел.: 8(4112)395000.

*PETROV Valeriy Sergeevich* – Cand. Sci. Medicine, consultant physician in the Republican Hospital № 1 – National Medical Center?. Address: 677019, Yakutsk, Sergelyakhskoye Shosse St., 4. Phone: 8 (4112) 395000.

*ТОБОХОВ Александр Васильевич* – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии и лучевой диагностики СВФУ им. М.К. Аммосова. 677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе, 4. Тел.: 8(4112) 395644. E-mail: avtobohov@mail.ru.

*ТОВОКНОВ Alexandr Vasilevich* – Dr. Sci. Medicine, professor, head of Hospital surgery and radiation diagnosis department of M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. Address: 677019, Yakutsk, Sergelyakhskoye Shosse St., 4. Phone: 8 (4112) 395644. E-mail: avtobohov@mail.ru.

*НИКОЛАЕВ Владимир Николаевич* – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии и лучевой диагностики СВФУ им. М.К. Аммосова. 677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе, 4. Тел.: 8(4112) 395644. E-mail: w.nik@mail.ru.

*NIKOLAEV Vladimir Nikolaevich* – Cand. Sci. Medicine, associate professor of Hospital surgery and radiation diagnosis department of M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. Address: 677019, Yakutsk, Sergelyakh Highway 4. Phone: 8 (4112) 395644. E-mail: w.nik@mail.ru.

пациентов подавляющее большинство составляли женщины, так, женщин было 2303 (82,9 %), мужчин 475 (17,1 %).

Показания к проведению срочной лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в основном не отличались от показаний к «открытой» срочной операции. Для выполнения на первом этапе декомпрессии желчного пузыря мы отдаем предпочтение методике чрескожной чреспеченочной микрохолецистостомии под ультразвуковым контролем (ЧЧМХС) как наиболее щадящему и оптимальному способу [2, 4]. После пункции и дренирования желчного пузыря проводилась антеградная холецистохолангиография. При определении сроков проведения второго этапа оперативного вмешательства, прежде всего, ориентировались на данные специальных методов исследования. При остром холецистите, осложненном механической желтухой, оперативное вмешательство, как правило, старались выполнять через 3 недели после нормализации пигментного обмена печени.

**Результаты исследований и их обсуждение.** У 123 (4,4 %) больных с осложненными формами холецистита была использована тактика двухэтапного лечения с применением на втором этапе ЛХЭ. Возраст больных колебался от 48 до 76 лет, при этом пациенты пожилого и старческого возраста составляли подавляющее большинство — 91 (74,0 %) человек. У большинства пациентов, 109 (88,6 %) человек, отмечались заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Комбинированное исследование желчных протоков позволило у 77 (2,8 %) больных выявить холедохолитиаз, в одном случае сочетающийся со стенозом большого дуоденального сосочка. У всех 77 больных выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с коррекцией патологии внепеченочных желчных протоков, у 19 больных наряду с ЭПСТ — эндоскопическая литоэкстракция, у остальных после ЭПСТ наблюдалось самостоятельное отхождение конкрементов.

ЛХЭ была выполнена в сроки от 7 до 35 суток после наложения ЧЧМХС. Средняя длительность дооперационной госпитализации составила  $23,5 \pm 1,8$  дня.

В результате наших наблюдений выявлено у 325 (11,7 %) больных сочетание желчнокаменной болезни и гепатита. Непаразитарные кисты печени наблюдались у 41 (1,5 %) пациента. В 10 (0,4 %) случаях была выявлена гемангиома печени. Сочетание панкреатита и желчнокаменной болезни выявлено у 347 (12,5 %) больных. Сочетание сахарного диабета и желчнокаменной болезни составило 3,1 %.

Спаечный перипроцесс вокруг желчного пузыря был выявлен на операции у подавляющего большинства больных с острым холециститом, а у 45 (10,5 %) больных желчный пузырь находился в инфильтрате различной степени выраженности, образованном, как правило, большим сальником, желудком и двенадцатиперстной кишкой.

При анализе топографо-анатомических и технических аспектов препарирования и идентификации пузырного протока и артерии при остром холецистите был установлен ряд закономерностей. В 75 % наблюдений пузырный проток соединяется с общим печеночным под острым углом в  $45^\circ$ , в 17-20 % он может проходить параллельно общему печеночному и в 5-8 % пересекает пространство спереди или сзади общего желчного протока, впадая с левой стороны. Несмотря на то, что ни в одном из 430 случаев ЛХЭ при остром холецистите нам не встретилось истинных аномалий желчевыводящих путей, в целом спаечный процесс в виде инфильтрата в области гепатодуоденальной связки создает совершенно нетипичные топографо-анатомические взаимоотношения холедоха и пузырного протока.

В первую очередь мы старались выделить и идентифицировать пузырный проток. После клипирования и пересечения пузырного протока шейка желчного пузыря становилась мобильной, что позволяет выделять пузырную артерию на достаточном протяжении.

Выделение желчного пузыря следует производить с тщательной коагуляцией ложа, соблюдая осторожность во избежание повреждения правой печеночной артерии или правого печеночного протока, которые проходят в непосредственной близости от ложа желчного пузыря. После выделения желчного пузыря следует оставить участок соединительной ткани в месте прикрепления дна желчного пузыря к печени. Удерживая этот участок зажимом, введенным через латеральный троакар, приподнимаем печень кверху для осмотра ложа желчного пузыря.

Можно заключить, что с развитием и внедрением эндоскопической хирургии изменился лишь метод удаления желчного пузыря, а сущность самой операции, холецистэктомии, осталась прежней.

Таким образом, проведенное исследование показало, что при сочетании острого холецистита с заболеваниями гепатодуоденопанкреатической зоны срочная ЛХЭ может быть успешно применена; наиболее целесообразно ее выполнение при некупирующемся приступе, при отсутствии грубых инфильтративно-рубцовых перипузырных изменений и патологии билиарной протоковой системы.

#### Литература

1. Гальперин, Э.И., Волкова, Н.В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии / Э.И. Гальперин, Н.В. Волкова. – М.: Медицина, 1988. – 272 с.
2. Шуркалин, Б.К., Кригер, А.Г., Ованесян, Э.Р. Десятилетний опыт лапароскопической холецистэктомии / Б.К. Шуркалин, А.Г. Кригер, Э.Р. Ованесян // *Анналы хир. гепатологии*. 2004. – Том 9. – № 1. – С. 110-114.
3. Hamy, A. Endoscopic sphincterotomy prior to laparoscopic cholecystectomy for the treatment of cholelithiasis / A. Hamy, S. Hennekinne, P. Pessaux // *Surg. Endosc.* 2003. – V. 17. – № 6. – P. 872-875.
4. Madan, A.K., Aliabadi-Wahle, S., Tesi, D. How early is early laparoscopic treatment of acute cholecystitis? / A.K. Madan, S. Aliabadi-Wahle, D. Tesi // *The Am. J. of Surg.* 2002. – V. 183. – № 3. – P. 232-236.

#### References

1. Galperin, E.I., Volkova, N.V. Zabolevaniya zhelchnykh putey posle hletsistektomii / E.I. Galperin, N.V. Volkova. – M.: Meditsina, 1988. – 272 s.
2. Shurkalin, B.K. Desyatiletniy opyt laparoskopicheskoy holetsistektomii / B.K. Shurkalin, A.G. Kriger, E.R. Ovanesyan // *Annalyi hir. gepatologii*. 2004. – Tom 9. – № 1. – S. 110-114.
3. Hamy, A., Hennekinne, S., Pessaux, P. Endoscopic sphincterotomy prior to laparoscopic cholecystectomy for the treatment of cholelithiasis / A. Hamy, S. Hennekinne, P. Pessaux // *Surg. Endosc.* 2003. – V. 17. – № 6. – P. 872-875.
4. Madan, A.K., Aliabadi-Wahle, S., Tesi, D. How early is early laparoscopic treatment of acute cholecystitis? / A.K. Madan, S. Aliabadi-Wahle, D. Tesi // *The Am. J. of Surg.* 2002. – V. 183. – № 3. – P. 232-236.